

Ön diz ağrılarında patellofemoral ağrı sendromu: Bir olgu sunumu*

Kübra Karakaş¹, Ali Kaan Akış¹, Kenan Bostancı¹, İlknur Albayrak Gezer²

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 3. Sınıf Öğrencisi, Konya

²Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya

Özet

Patellofemoral ağrı sendromu (PFAS) patella femoral eklemdaki fiziksel ve biyomekanik değişiklikler sonucu ortaya çıkan retropatellar veya peripatellar ağrı olarak tanımlanmaktadır. PFAS, fiziksel olarak aktif, genç, yetişkin bireylerde genellikle kadınlarda görülür. Bu vaka sunumunda ön diz ağrısı yakınmasıyla başvuran 46 yaşındaki kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ön diz ağrısı, patellofemoral ağrı sendromu, kadın

Abstract

Even though what the cause of patellofemoral pain syndrome (PFAS) isn't known accurately. It is thought as the cartilage beneath of the patella is worn out by the movement of patella. PFAS occurs in physical active, young adults who are usually female. 46 years old female applied for the complain about her pain in front of knee is presented.

Key words: anterior knee pain, patellofemoral pain syndrome, female

Genel Tıp Derg 2016;26(2):62-63

Alınan: 06.10.2015 / 21.11.2015 / Yayınlanma 15.07.2016

Yazışma adresi: Dr. İlknur Albayrak Gezer, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Konya

E-posta: ilknurfr@gmail.com

Giriş

Patellofemoral ağrı sendromu (PFAS) patella femoral eklemdaki fiziksel ve biyomekanik değişiklikler sonucu ortaya çıkan retropatellar veya peripatellar ağrı olarak tanımlanmaktadır. Ön diz ağrılarının %20-40'ını oluşturur. Sıklıkla aktif sporcularda ve kadınlarda görülmektedir (1).

Vastus medialis kası quadriceps kasının en zayıf parçasıdır ve kullanmama atrofisinden ilk etkilenir. Kuadriceps kasının zayıflığı, vastus medialisin imbalansı veya vastus medialis ve lateralis arasındaki imbalans PFAS'a neden olabilmektedir. Kuadriceps, hamstring ve gastroknemius kas gerginlikleri de PFAS'a katkıda bulunur.

Bu yazıda sağ diz ağrısı şikayetiyle polikliniğimize başvuran 46 yaşındaki kadın hastada görülen PFAS sunulmuştur.

Olgu

46 yaşında kadın hasta sağ diz ağrısı şikayetiyle fiziksel tıp ve rehabilitasyon polikliniğine başvurdu. Hastanın öğreten olduğu ve ağrısının dizinin ön kısmında olduğu yaklaşık 1 yıldır devam ettiği öğrenildi. Özellikle bir süre

oturduktan sonra ayağa kalkıp yürümek istediğinde daha da şiddetlendiği ve merdiven inmekle arttığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede sağ diz eklem açıklığının tam ancak ağrılı olduğu görüldü. Sağ dizde sıcaklık artışı ve hassasiyet yoktu fakat şişlik vardı. Patella hareketiyle krepitasyon alındı. Hoffa testi negatif idi. Hastanın 2 yönlü sağ diz grafisi çekildi. Bunun sonucunda patella alt yüzünde düzensizlik, skleroz artışı ve patella kenarlarında osteofit gözlemlendi.

Şişlik gözlenmesi artriti düşündürdü fakat hastadan istenilen tetkikler sonucu romatoid faktör (RF), C reaktif protein, anti nükleer antikor negatif bulundu. Hastada ağrının dizinin ön kısmında olması, belli bir süre oturduktan sonra ayağa kalkıp yürüdüğünde ve merdiven inip çıkarken ağrının şiddetlenmesi, patella hareketinin ağrılı olması, krepitasyon alınması, osteofit görülmesi ve diz grafisinde düzensizlik olması üzerine hastaya PFAS tanısı konuldu.

Öncelikle hastanın ağrısını azaltmak amacıyla tedaviye başlandı. Aktivite sonrası 10-20 dakika buz uygulaması verildi. Ayrıca hastaya quadriceps kasını güçlendirmeye yönelik egzersiz programı düzenlendi.

Tartışma

PFAS genç erişkinlerde, fiziksel olarak aktif kişilerde günlük yaşam aktivitelerini olumsuz yönde etkileyerek fonksiyonel kısıtlılığa yol açan yaygın, ağrılı bir durumdur. Ağrı genellikle dizin ön kısmından kaynaklı ve yaygın olmasıyla karakterizedir (2-5). Bu sunumda hastamız 1 yıldır devam eden sağ diz ağrısı şikayetiyle başvurmuştur. Klinik değerlendirmeler sonucu hasta PFAS olarak değerlendirildi.

PFAS tek bir faktöre bağlı olmayıp birçok patofizyolojik olay sonucunda meydana gelmektedir. Bunlar ekstresek ve instrensek olaylara bağlıdır. Ekstresek faktörler: Aşırı egzersiz, antrenman, egzersiz hataları, yetersiz donanım ve kondisyonsuzluk olarak tanımlanmıştır. İntrensek nedenler ise: Alt ekstremitte dizilim kusurları, kas dengesizliği ve eklem laksitesi olarak belirtilmiştir (6).

PFAS etiolojisinde aşırı yüklenme, ayak medial ark yüksekliğinin azalması ya da artması (pes planus, pes cavus) Q açısının artması patellanın konjenital anomalileri ve diz ekstansör mekanizmasındaki dizilimin bozulması gibi biyomekanik problemler yer almaktadır (7-9). Bunlarla birlikte pelvis genişliği, femoral anteversiyon, tibial torsiyon, quadriceps gücü gibi yapısal farklılıklar bacakların adduksiyonda tutularak oturulması, yüksek topuklu ayakkabı giymek ve östrojenin konnektif dokuya etkileri PFAS'a sebep olabilmektedir (10).

PFAS'ın en yaygın semptomları ağrı, krepitasyon, boşalma ve kilitlenme, ara sıra olan tutukluk ve şişliktir. Hasta ön diz ağrısından yakınır. Ağrı koşma zıplama merdiven inip çıkma tırmanma uzun süre oturma (sinema belirtisi) gibi aktivitelerle artar.

PFAS ve romatoid artrit ön diz ağrısı ve şişlik oluşturabileceği için ayırıcı tanı yönünden değerlendirilmelidir. Bu açıdan laboratuvar testleri en iyi tanısal yöntemdir. Ayrıca romatoid artrit ayırıcı tanısında görülen sabah tutukluğu, birden daha fazla eklemde artrit, simetrik artrit, romatoid nodül, RF negatifliği, el eklemlerinde tutulum ve radyolojik bulguların bulunmaması bizi romatoid artrit tanısından uzaklaştırdı.

Ayrıca daha önce herhangi bir travma geçişinin olmaması, diz grafisinde yağ yastıkçıklarında patoloji görülmemesi ve yapılan Hoffa testinin negatif bulunması sonucu

Hoffa hastalığı tanısından uzaklaştırdı (11).

Hastanın ağrısını azaltmak tedavinin öncelikli hedefi olmalıdır. Ağrıyı arttıran aktivitelerden kaçınmak, buz uygulaması, nonsteroid antiinflatuar ilaçların kullanımı, mobilizasyon teknikleri, bantlama teknikleri, quadriceps, hamstring, anterior tibialis ve gluteal kasları güçlendirme, aktivitelerin modifikasyonu gibi yöntemler ağrıyı azaltmak için kullanılabilir (12, 13)

Sonuç olarak genç hastalarda fiziksel aktiviteyle ve merdiven inip çıkmayla artan ağrı varlığında PFAS akla gelmelidir. Tanı klinikle ve radyolojik görüntülemeyle konulur. PFAS olgularında konservatif tedaviyle iyi klinik sonuçlar elde etmek mümkün olmaktadır.

Kaynaklar

1. Kuru T, Yalman A. Patellofemoral ağrı sendromu. Nobel Medicus 2012;24:5-11.
2. Thijs Y, Triggelen DV, Roosen P, Clercq DPE, Wittrouw EPT. A prospective study on gait-related intrinsic factors for patellofemoral pain. Clin J Sport Med 2007;17:437-45.
3. Hazneci B, Yıldız Y, Sekir U, Aydın T, Kalyon TA. Efficacy of isokinetic exercise on joint position sense and muscle strength in patellofemoral pain syndrom. Am J Phys Med Rehab 2005;84:521-7.
4. Çubukçu D, Sarsan A. Patellofemoral ağrı sendromunun rehabilitasyonu. Romatizma 2008;23:18-33.
5. Yılmaz B, Alaca R, Göktepe AS, Möhür H, Kalyon TA. Patellofemoral ağrı sendromunda izokinetik egzersiz programının fonksiyonel kapasite ve ağrı üzerindeki etkisi. Türk Fiz Tıp ve Rehab Derg 2001;47:12.
6. Kuran B, Doğu B, Ön diz ağrılarında tanı ve tedavi yaklaşımları. Türk Fiz Tıp ve Rehab Derg 2009;55:20-5.
7. Tang SF, Chen Chih-Kuang, Hsu Robert, et al. Vastus medialis obliquus and vastus lateralis activity in open and closed kinetic chain exercises in patients with patellofemoral pain syndrome. Arch Phys Med Rehab 2001;82:1441-5.
8. Juhn MS. Patellofemoral pain syndrome. Am Fam Physician 1999;60:2012-22.
9. Cibulka MT, Threlkeld-Watkins J. Patellofemoral pain syndrome an asymmetrical hip rotation. Phys Ther 2005;85:1201-7.
10. Tumia N, Maffulli N. Patellofemoral pain in female athletes. Sport Med Arthroscop Rev 2002;10:69-75.
11. İppe DA: Recommenden methodology for assesing the progression of osteoarthritis of the hip and knee joints. Osteoarthritis cartilage 1995;3:73-7.
12. Brunner P, Khan K. Clinical Sports Medicine. 3rd ed. Australia: McGraw-Hill Company, 2007;506-37.
13. Hubbard JK, Sampson HW, Elledge JR. Prevalence and morphology of the vastus medialis oblique muscle in human cadavers. Anat Rec 1997;249:135-42.